

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 125

DE
L'HYGIÈNE BUCCALE

CHEZ LES SYPHILITIKES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BARONCELLI

Né le 10 juin 1888, à Saint-Etienne (Loire)



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1911

DE
L'HYGIÈNE BUCCALE
CHEZ LES SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 125

DE
L'HYGIÈNE BUCCALE
CHEZ LES SYPHILITQUES

—••••—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

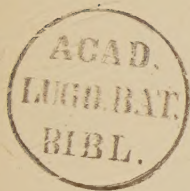
Et soutenue publiquement le 25 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BARONCELLI

Né le 10 juin 1888, à Saint-Etienne (Loire)



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 23
PARIS

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		PIERRET.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		COURMONT (P.).
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X...
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESIEUR.	LATARJET.	CADE.
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, Président ; GUIART, Assesseur ;
MM. J. LÉPINE et GUILLEMARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A mon président de thèse,

M. le Professeur J. NICOLAS

Professeur de clinique de maladies cutanées et vénériennes
à l'Université de Lyon.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

C'est au D^r Carle, ancien chef de clinique dermatologique, que nous devons l'idée de ce travail; M. le professeur Nicolas a bien voulu nous diriger dans son exécution et nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse; M. le D^r Moutot, chef de clinique à l'Antiquaille, a mis avec beaucoup d'obligeance à notre disposition son expérience du sujet et ses nombreuses notes bibliographiques; nous les en remercions bien sincèrement.

Ce qu'il y a de bon dans ce travail est leur œuvre et nous avons fréquemment eu recours à leurs conseils, car, comme dit Montaigne, « il fait beau apprendre la théorique de ceux qui savent bien la pratique » (Essais, Livre II, Ch. X).

PRÉFACE

Quatre notions que nous allons rapidement exposer donnent au sujet que nous nous proposons de traiter toute son importance pratique.

Ce sont :

1° Le grand nombre des syphilitiques.

2° La fréquence des manifestations buccales de la syphilis.

3° La répercussion sur l'état de la bouche du traitement actuellement le plus employé, le traitement mercuriel.

4° La notion que les lésions dues à la maladie elle-même aussi bien que celles dues au traitement sont évitables par une hygiène, c'est-à-dire, par un ensemble de soins appropriés.

Tout d'abord la syphilis est très répandue. Assez nombreuse dans l'armée (1), Fournier (2) l'évalue dans la clientèle hospitalière à 13 %. Elle est plus fréquente chez les hommes, plus fréquente également dans les milieux aisés.

Les médecins des compagnies d'assurances, bons

(1) DELORME. La syphilis dans l'armée. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 23 avril 1907.

(2) A. FOURNIER. *Danger social de la syphilis*. Paris 1905, p. 16.

juges en la matière, estiment que 20 % des contractants éventuels sont atteints de syphilis.

Cette fréquence est à peu près la même dans toute l'Europe, car c'est à ce chiffre que s'arrêtent Audry en France, Brown-Bramwell (2), en Angleterre, Blachko (3), en Allemagne.

Beaucoup de syphiligraphes estiment que ce chiffre de 20 % est au-dessous de la réalité.

Les lésions buccales produites par la vérole sont très nombreuses. Ceci n'a pas besoin de démonstration. En outre, les lésions buccales de la syphilis peuvent être extrêmement graves (4), soit à cause des risques de contagion, c'est le cas des plaques muqueuses ; soit à cause du propre danger qu'elles présentent pour le porteur lui-même, c'est le cas de la leucoplasie syphilitique prédisposant au cancer.

Enfin le traitement lui-même s'il est capable d'enrayer dans une certaine mesure les lésions qui ressortissent directement à la maladie est parfois responsable de certaines complications buccales qu'il ne faut pas négliger, puisqu'en plus de leur gravité particulière elles mettent le médecin dans la nécessité de suspendre un traitement souvent des plus urgents.

(1) Charles AUDRY. Essai sur la mortalité de la syphilis acquise. *Semaine médicale*, 26 juin 1907.

(2) BROWN-BRAMWELL. Syphilis and life assurance. *Edinburgh med. Journal*, janvier 1903.

(3) BLACHKO. Der Einfluss des Syphilis auf die Lebendauer. Rapport présenté au IV^e Congrès international des médecins-experts d'assurances. Berlin (Mittler et Sohn), 1906.

(4) Paul ALEXANDRE. Etude statistique de la mortalité dans la syphilis. Thèse Paris 1908.

MARCOU. Facteurs de gravité de la syphilis. Thèse Paris. 1901.

Une quatrième notion s'impose en dernier lieu au praticien et au malade : c'est que les lésions de l'affection primitive, comme celles produites par la thérapeutique sont évitables dans une large mesure, par une hygiène appropriée.

La théorie du traumatisme local fixant au point lésé l'apparition des manifestations d'une maladie générale, jusqu'alors latente, s'applique d'une façon saisissante aux lésions buccales de la syphilis. Il faut employer le mot traumatisme dans un sens extrêmement large, y voir — si l'on peut dire ainsi — la blessure histologique et comprendre sous ce terme toutes les irritations quelles qu'elles soient : l'abus du tabac, la saillie d'une dent entamant l'épithélium protecteur, l'infection continuelle due au voisinage d'une carie souvent très virulente.

Il ne faut pas oublier non plus que les lésions buccales spécifiques comptent parmi les plus contagieuses — l'hygiène sociale est donc intéressée par tout ce qui peut amener sinon leur disparition au moins la diminution de leur fréquence. Ceci est spécialement vrai de certains contages professionnels, comme ceux des verriers ; mais en dehors de tout « accident du travail » il suffit de se rappeler la forte proportion de chancres extra-génitaux pour comprendre l'importance de tout ce qui peut diminuer le nombre des contagions syphilitiques d'origine buccale.

L'hygiène du syphilitique consistera donc surtout à éviter ces traumatismes dont l'influence est si marquée sur l'apparition des plaques muqueuses et autres manifestations buccales de la vérole.

Et, dans le cas où cette irritation se serait produite, dans le cas où la virulence de la maladie serait à elle seule capable de fixer sur la bouche — milieu essentiellement septique — ses manifestations habituelles, l'hygiène consistera à les faire disparaître par un traitement approprié, local s'adressant à la cause initiale ou à la lésion elle-même, général, visant l'infection de l'organisme, en se mettant à l'abri, par des précautions rigoureuses des accidents que le mercure peut produire.

PREMIÈRE PARTIE

Principes essentiels et généraux auxquels doit se soumettre tout syphilitique en dehors de tout accident ou complication.

Ces principes, qui reposent sur le fait déjà signalé de la presque constance des accidents buccaux de la syphilis et de l'hydrargyrisme, ne sont pas autre chose que ceux de l'hygiène individuelle, qui sont énoncés un peu dans tous les livres et mis en pratique par tous ceux qui — syphilitiques ou non — veulent conserver leur bouche dans un état satisfaisant.

Cet ensemble de soins se groupe sous trois chefs :

1° La mise en état de la bouche avant d'instituer un traitement mercuriel.

2° Un cas particulier : le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

3° L'entretien de la bouche pendant la durée du traitement.

I.

Avant de commencer tout traitement hydrargyrique, la révision soigneuse de la bouche sera faite par un spécialiste. Elle comprendra, d'abord, l'ablation de toutes les racines, « des chicots. » Après destruction de la couronne, dévitalisation par infection de la pulpe, il reste des vestiges constitués par les racines des dents, qui ne sont généralement pas douloureuses, ne provoquant — et encore pas toujours — que des accidents ostéopériostiques se traduisant par des abcès. Ce sont néanmoins, malgré l'apparente latence de leur infection, des foyers microbiens très virulents, dont l'utilité est absolument nulle, car leur faible hauteur au-dessus de la gencive leur enlève tout rôle dans la mastication.

C'est seulement lorsqu'ils servent de point d'appui à un appareil prothétique que l'hypothèse de leur conservation peut être envisagée. Il faut alors vérifier soigneusement s'ils ne présentent pas quelque anfractuosité et, dans ce cas, après désinfection soigneuse, procéder à leur obturation.

La cicatrisation des gencives après l'avulsion des racines marche assez vite et l'on peut, si l'opération a été radicale, commencer immédiatement après le traitement intensif du début.

Des caries accompagnent toujours les chicots. Elles sont doublement dangereuses, car outre leur septicité, (1)

(1) GALIPPE et VIGNAL. Note sur les microorganismes de la carie dentaire. *C. R. Soc. Biol.*, 1899, n° 11. — A. ROCHAIX. — Les microorganismes de la carie dentaire. *Province dentaire*, avril 1910.

elles donnent aux dents des arêtes aiguës, sur lesquelles s'érode l'épithélium jugal ou lingual. Les érosions sont presque fatalement l'amorce de lésions syphilitiques tenaces et récidivantes. La carie sera donc désinfectée et obturée, l'arête tranchante abattue d'un coup de meule.

La question de l'obturation en amène ici une autre, qui est celle de la nature de la matière obturatrice. Peut-on employer l'or chez les malades qui doivent se soumettre au traitement hydrargyrique ?

Les aurifications sont en général peu atteintes par le mercure qui est éliminé par les glandes salivaires. Elles prennent parfois une coloration blanchâtre due à un amalgame superficiel ; elles perdent un peu de leur brillant, mais rien de leur valeur protectrice de la dentine sous-jacente.

Les appareils prothétiques se comportent un peu différemment en présence du mercure. Les grandes plaques en or, par suite de leur surface étendue, s'amalgament plus facilement. Les appareils prennent une teinte foncée peu esthétique et de plus deviennent cassants. Il faudra donc recommander aux syphilitiques se traitant par le mercure les appareils en vulcanite ou, en tous cas, réduire au minimum la surface de la plaque.

L'emploi du platine ne semble pas plus indiqué que celui de l'or, car son prix élevé ne l'empêche pas de s'amalgamer comme l'or et avec les mêmes inconvénients au point de vue de la solidité.

Enfin, avant de commencer le traitement, il faut enlever le tartre. On désigne sous ce nom un dépôt

jaunâtre formé au niveau du collet des dents et composé surtout de débris épithéliaux, de microbes, de particules alimentaires et de substances minérales. La quantité de tartre semble en rapport direct avec la réaction acide de la salive, la respiration buccale pendant la nuit, l'état plus ou moins saburral des voies digestives tenant lui-même au fonctionnement gastrique. Plus tard la septicité buccale réagit sur la formation du tartre et le cercle vicieux est ainsi fermé.

Véritable réservoir microbien, il est à la base de toutes les infections locales. On y trouve constamment en dehors des bactéries banales, le tétragène, l'association fuso-spirillaire de Vincent. L'abrasion du tartre ne doit pas être abandonnée au malade qui, se contentant d'un brossage énergique — trop énergique souvent — traumatisera les gencives plus qu'il ne les débarrassera des germes qu'elles recèlent.

Voici le manuel opératoire très simple du détartrage :

Le praticien commence par passer sur les dents de la teinture d'iode. Ceci a le double avantage de faire une aseptie toute relative, bien entendu, mais néanmoins efficace, et de colorer vivement en brun les dépôts de tartre qui s'enlèveront plus facilement. Cette opération est suivie au moyen d'instruments appropriés d'un grattage longitudinal de la dent, enlevant tout le tartre et ne craignant pas d'aller jusqu'à la gencive pour compléter son œuvre. L'opération ne sera terminée que lorsque le même traitement aura été appliqué aux faces internes et aux espaces interdentaires.

Enfin — une fois n'est pas coutume — un brossage à la ponce achève d'enlever, dans le sens transversal, les particules de toute nature qui auraient pu échapper au nettoyage longitudinal.

II

Il est enfin une affection particulièrement rebelle, en présence de laquelle le médecin se trouve souvent et qu'il importe de traiter efficacement avant de commencer toute médication hydrargyrique : c'est la pyorrhée alvéolaire (1).

La pyorrhée alvéolo-dentaire, affection caractérisée par l'inflammation aiguë ou chronique de la gencive, du ligament, de l'alvéole et du ciment de la dent avec lésions caractéristiques de ces différentes parties, se traduit cliniquement par une irritation de la gencive amenant le décollement de celle-ci au niveau du collet de la dent, l'ouverture de l'articulation, son infection, l'écoulement de pus au niveau de l'insertion de la gencive sur la dent, la destruction de l'alvéole par résorption et du ligament par suppuration et enfin par l'ébranlement de cette dent, ébranlement pouvant aboutir à sa chute.

(1) Victor ABBADIE. Traitement de la pyorrhée alvéolaire. Thèse Paris, 1906-1907, n° 76.

Pierre COURCHET. La pyorrhée alvéolaire, son traitement curatif. 1903-1904, n° 99.

GALIPPE. Septicémie buccale. *Journal connaissances médicales*, 1888.

GALIPPE. Note sur la gingivite arthro-dentaire. *Journal des connaissances médicales*, 1888.

GASTOU. L'évolution de la syphilis et les associations microbiennes. Soc. derm., 1900.

NEISSER. Syphilis et infections associées. IV^e Congrès de dermatologie.

Harold SIMMS. Bactériologie de la pyorrhée alvéolaire. *Dental Record*, 1911. Analyse dans *Odontologie*, 15 janvier 1911.

Bien souvent aussi, chez certains prédisposés, on assiste à la formation de séquestre dans la forme aiguë, ou de ce qu'on a dénommé mal perforant buccal dans les formes chroniques.

Les moyens principaux dont nous disposons pour mener à bien la guérison de la pyorrhée alvéolo-dentaire sont au nombre de cinq, que le docteur Courchet a ainsi classés :

- 1° Abrasion du tartre;
- 2° Destruction des clapiers purulents et cautérisation des surfaces purulentes;
- 3° Antisepsie buccale générale;
- 4° Massage des gencives;
- 5° Immobilisation des dents.

Il faut ajouter le traitement de l'affection causale diabète, albuminurie.

Abrasion du tartre. — C'est l'opération principale et sans laquelle tous les autres moyens seraient sans effet. C'est aussi la plus difficile, les gencives étant enflammées et les dents fortement ébranlées.

Il faut pendant le nettoyage maintenir les dents en plaçant un doigt sur le bord incisif, puis avec des instruments finement aiguisés on attaque franchement et énergiquement le morceau de tartre à enlever. Enlevez tout le tartre apparent ou sous-gingival, dur ou mou; allez surtout dans les interstices, dit M. Hugenschmidt, et vous verrez la suppuration se tarir.

Destruction des clapiers purulents et cautérisation des surfaces purulentes. — Pour détruire les culs-de-sac suppurants, deux procédés existent : l'un chirurgical,

préconisé par M. Cruet, l'autre médical, par les caustiques. Le traitement chirurgical consiste à enlever un morceau de gencive en V; il est bon de faire auparavant l'insensibilisation au moyen de la cocaïne :

Cocaïne.....	40 centigr.
Eucaïne.....	5 —
Adrénaline solut. 1/1000.....	XV gouttes
Eau distillée	10 gr. (en applicat.)

Après l'exploration des culs-de-sac faite avec un fil de platine à bout écrasé et quand le fond du cul-de-sac est atteint, on incise aux ciseaux, incision qu'on fait suivre de la cautérisation des surfaces au thermo-cautère.

Ce traitement est très énergique et très rapide, mais demande une grande habileté opératoire. Dans la majorité des cas on lui préfère le traitement de M. Robin qui consiste en application de caustiques et en particulier de l'acide sulfurique fumant.

Pour appliquer cet acide sulfurique fumant on se sert d'un fil de platine écrasé à son extrémité, monté sur une baguette de verre; cet instrument est souple, à couder facile, il est propre, non attaqué par l'acide, et trempé dans le liquide il en garde une quantité suffisante pour le collet d'une dent.

On applique l'acide sur les gencives bien desséchées et protégées contre la salive pendant quelques instants. On charge la spatule d'acide, on la porte jusqu'au fond du décollement sans appuyer, de façon à ne pas provoquer d'hémorragie; en la retirant on écarte légèrement la gencive décollée et en la laissant retomber, on est sûr que le liquide a pénétré partout. Dès l'application, la

muqueuse blanchit. On maintient pendant deux ou trois minutes l'étanchéité du champ opératoire; on neutralise l'excès d'acide avec une solution tiède et saturée de bicarbonate de soude. On obtient également de bons résultats en employant une solution très concentrée d'acide chromique. On continue à faire des applications à des intervalles plus ou moins éloignés, et si le malade a soin de sa bouche et prend surtout des bains de bouche de cinq à dix minutes trois fois par jour avec de l'acide phénique ou du chloral au centième, on voit rapidement les gencives redevenir fermes et rosées, l'écoulement du pus se tarir et la consolidation se faire peu à peu.

Antisepsie buccale. — Elle est très importante, elle consiste en bains de bouche d'une durée de cinq à dix minutes, deux par jour, avec la solution phéniquée à 1 ‰ .

Massage des gencives. — Les dents étant bien propres on aura recours au massage des gencives deux fois par jour pendant deux minutes au moins, massage qui sera effectué avec l'index. La friction doit partir de la ligne médiane vers la région postérieure pour revenir à la ligne médiane.

Ce massage a pour effet : de débarrasser les culs-de-sac du pus qui stagne; il excitera la circulation, dissipera les infiltrations ligamenteuses et gingivales en facilitant leur résorption et calmera les douleurs.

C'est un procédé utile et excellent.

Immobilisation des dents par des ligatures ou des appareils. — Sauf quelques applications précises, elle n'est

pas utile. On l'emploie chez les personnes dont les dents remuent au point d'empêcher la mastication.

Enfin on traitera l'affection générale cause de pyorrhée, le diabète le plus souvent, l'albuminurie.

On redoublera de précaution dans les états cachectiques.

III

Une fois accomplie la mise en état de la bouche, comment conserver la situation acquise et empêcher la pyorrhée de récidiver? Il est facile de résumer les quelques notions de prophylaxie individuelle qui éviteront dans une certaine mesure la réinfection buccale.

Il faut tout d'abord poser en principe que les lésions vont fatalement récidiver et ceci est vrai surtout des caries, du tartre et secondairement de la pyorrhée. Aussi doit-on bien inculquer au malade l'idée de la nécessité de *l'inspection fréquente par un spécialiste*. C'est lui qui indiquera les mesures à prendre, qui obturera les caries et procédera à l'enlèvement du tartre. Six mois semblent l'intervalle maximum qui doit séparer les visites au stomatologiste, et avant chaque cure mercurielle le médecin inspectera soigneusement la bouche de son client avant de commencer le traitement.

La mesure principale de prophylaxie est le brossage des dents, nous n'avons pas à insister sur cette opération. Elle se fera avec une brosse dure, en crin et non en caoutchouc, qui refoule les débris dans ces espaces interdentaires. Il est d'usage d'employer pour le brossage des dents, différents produits médicamenteux. Les plus simples sont les meilleurs: ce sont des liquides, des poudres ou des pâtes.

Les liquides ont pour but théorique d'aromatiser et d'antiseptiser l'eau qui sert au lavage de la bouche. L'eau pure est, en effet, assez désagréable pour cet

usage, elle provoque une salivation sous-maxillaire visqueuse et abondante ; un peu d'alcool et une essence la parfument avantageusement. Quelques gouttes d'alcool de menthe remplissent très bien cet office et constituent le dentifrice idéal. On trouve aussi, tout préparés, des produits plus compliqués, plus coûteux, souvent aussi plus nuisibles. Le point important est qu'ils ne renferment pas trop d'antiseptiques. Leur action est illusoire sur la septicité buccale et leur action irritante sur l'épithélium n'est pas sans danger chez les syphilitiques.

On aime en général voir l'eau se troubler quand on y ajoute quelques gouttes d'eau dentifrice. Ce résultat est obtenu facilement en y ajoutant de la teinture de benjoin et plus économiquement du salol, soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau. Il faut se défier du salol qui chez des sujets à épiderme délicat a pu donner de l'eczéma périlabial (1). Il faut également être réservé vis-à-vis de l'acide phénique et certains dentifrices du commerce qui abîment l'émail des dents, sous prétexte de les blanchir au moyen d'acides.

L'ablation mécanique du tartre est dévolue aux poudres. Ce sont des mélanges de corps assez durs dont les particules désagrègent le tartre qui se forme au collet des dents. Une bonne poudre ne doit pas renfermer d'antiseptiques irritants, ni de corps tels que la ponce qui enlève l'émail, ou le charbon qui, bien que recommandé dans nombre de traités d'hygiène, produit un tatouage très disgracieux du bord gingival.

(1) CARLE et PONT. *Lyon médical*, 1906.

On formulera la poudre suivante économique et efficace :

Carbonate de magnésium	} àà 10 gr.
— calcium	
Essence de menthe X gouttes.	

Le perborate de soude employé comme poudre dentifrice donne également de bons résultats.

Les pâtes ne sont autre chose que des poudres agglomérées à l'aide de glycérine et de savon. Or, les meilleurs savons laissent dégager de la potasse dès qu'ils sont en contact avec de l'eau contenant de la chaux. La glycérine est d'autre part très souvent acide (1).

M. Queyrat recommande la formule suivante :

Savon amygdalin.....	40 gr.	} àà	
Glycérine neutre	25 gr.		
Extrait de ratanhia..	} àà ..		1 gr. 40
Borate de soude			
Essence d'anis	1 gr. 50		
Essence de menthe	0 gr. 50		

Le savon de Marseille, conseillé parfois dans la clientèle d'hôpital, est difficilement accepté, étant donné son goût désagréable.

En résumé, l'hygiène buccale du syphilitique, une fois sa bouche mise en état, se réduira à un brossage — *le soir avant le coucher* et non pas le matin au réveil — avec une poudre alcaline, et un rinçage sérieux de la cavité buccale avec une eau aromatisée et légèrement alcoolisée. Les antiseptiques doivent être proscrits comme inefficaces et plus dangereux qu'utiles.

(1) CARLE et PONT. *Loc. cit.*

DEUXIÈME PARTIE

En présence des lésions syphilitiques une double conduite s'impose au médecin, il doit tout d'abord faire suivre au malade un traitement général destiné à agir sur l'infection elle-même et à atténuer la virulence du tréponème. Il doit de plus par un traitement local approprié stimuler les réactions des tissus et les aider à se défendre et à se réparer.

Nous étudierons donc successivement :

Le traitement général;

Les traitements locaux.

Traitement général de la syphilis (1)

Un traitement général de la syphilis doit remplir quatre conditions. Il doit être :

Energique au début;

Suffisant, c'est-à-dire à doses thérapeutiques;

Longtemps poursuivi;

Intermittent.

(1) J. NICOLAS. Traitement des maladies vénériennes. In Bibl. thérapeutique, Gilbert Carnot. Paris, 1909.

Le traitement mercuriel de la syphilis. Consultations médicales, Paris, 1910.

Actuellement, et pour longtemps encore, la base du traitement est formée de deux médicaments : le mercure et l'iodure de potassium. D'autres produits ont été souvent introduits dans la thérapeutique antiseptique. Ils n'ont pas détrôné ces vieux remèdes. Ils peuvent cependant avoir des indications que nous passerons rapidement en revue.

Traitement de fond.

Le traitement de fond de la syphilis doit être institué de la façon suivante. Nous ne donnerons bien entendu qu'un schéma, que le médecin traitant modifiera suivant les circonstances pour le plus grand bien de son malade.

Le traitement idéal ne comprendrait que des injections solubles (1) qui donnent le maximum d'activité avec le minimum de dangers — stomatite, néphrite — mais la nécessité de répéter fréquemment les injections, la douleur que produisent certaines, obligent fréquemment à utiliser les injections insolubles, la voie buccale la voie cutanée ou même celle des muqueuses externes (Milian).

Après avoir vérifié l'état de la bouche et des reins on formulera le traitement suivant.

1^{re} année. — Deux séries de 12 à 15 injections de 0,02 centigrammes de biiodure, de bromure, ou de benzoate.

Les injections seront répétées tous les deux jours. Le

(1) Henri BUTTERLIN. Des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. Thèse Lyon 1908-1909, n° 124.

traitement sera continué pendant toute la première année en faisant alterner une série d'injections et deux mois de repos.

L'iodure de potassium ne sera indiqué que dans le cas de chancre phagédénique ou de syphilis maligne précoce.

2^e année. — La seconde année on fera quatre séries d'injections de sels solubles, ou d'huile grise, ou de salicylate de mercure (0,05 grammes chaque semaine).

On fera une série au commencement de chaque saison.

3^e année. — La troisième année comprendra deux séries d'injections insolubles et deux cures pilulaires.

Chaque période de traitement sera suivie d'une cure d'un mois d'iodure de potassium.

Le moyen le plus simple de prendre l'iodure consiste à absorber *au milieu de chacun des principaux repas* une cuillerée à soupe de la solution :

Iodure de potassium. . . .	20 à 40 grammes
Eau distillé	300 grammes

D'autresfois on pourra associer la médication hydragyrique au moyen du mélange :

Biodure de mercure	0 gr. 30
Iodure de potassium. . . .	45 grammes
Sirop simple. . {	à à . . . 250 grammes
Sirop de café. . }	

à raison de 2 cuillerées à soupe par jour pendant le repas.

La cure d'iodure sera prolongée pendant un mois.

4^e année. — La quatrième année quatre cures pilulaires et quatre mois d'iodure, ou quatre mois du sirop mixte.

5^e et 6^e année. — Il suffira — sauf accidents ou complications — de faire au printemps et à l'automne deux cures mixtes.

Les années suivantes, le malade se trouvera bien d'une cure pitulaire et d'une cure d'iodure.

Traitements abortifs.

Il n'est peu probable que les traitements dits abortifs tiennent réellement les promesses contenues dans leur dénomination. Ils sont cependant utiles car par une mercurialisation intensivé de l'organisme ils atténuent la virulence de l'infection.

La méthode de Duhot consiste à faire une série de dix injections d'huile grise contenant chacune 0,14 centigrammes de Hg. Cette méthode bien qu'elle n'ait causé dans la pratique de son auteur aucun accident, ne doit pas être admise au moment où l'on insiste de toute part sur les méfaits de l'huile grise dont l'élimination est très lente.

Il vaut mieux employer des injections solubles, tout en conservant le principe de la méthode.

Le professeur Neisser croit à la possibilité d'un traitement abortif par l'atoxyl, ou l'asarcétine. Il y aurait cependant quelque danger à s'en tenir à cette seule thérapeutique et il vaut mieux ne voir dans ce traitement que le premier temps d'un traitement de fond.

L'*Arsénobenzol* ne semble pas avoir réalisé la *thérapie sterilisans magna* qu'avait espérée le professeur Ehrlich. Il semble que ce produit ait plutôt une action

résolutive comparable à celle de l'iodure, plutôt que franchement antisypthilitique. Il sera indiqué dans le cas de phagédénisme, de syphilis précoce maligne et comme premier temps d'un traitement de fond tout comme les autres arsenicaux.

On fera à quelques jours d'intervalle trois injections *intra-veineuses* de 0,60 centigrammes d'arsénobenzol.

La thérapeutique antisypthilitique se résume donc en un traitement mercuriel intensif mais discontinu, auquel à partir de la troisième année, plutôt s'il y en a des indications, s'associe l'iodure de potassium.

Traitements locaux.

Nous étudierons successivement :

Le chancre et ses complications.

Les accidents secondaires.

Les gommès.

La leucoplasie et le cancer.

Le mal perforant buccal.

Nous dirons ensuite quelques mots des lésions syphilitiques qui évoluent anormalement par rapport au temps (tertiarisme précoce, syphilis maligne).

Le chancre et ses complications,

Le traitement local du chancre de la région buccale sera différent suivant que la lésion sera orificielle, c'est-à-dire labio-cutanée ou bien siègera dans la bouche elle-même.

Le chancre labio-cutané présente, en effet, quelques particularités : étant extrabuccal, il est plus qu'un autre

soumis aux traumatismes extérieurs, aux poussières, à la dessiccation. Il sera donc exposé à saigner, puis à se recouvrir de croûtes favorables à l'infection secondaire et sous lesquelles se trouvent souvent de petits clapiers purulents. De légers pansements humides appliqués pendant la nuit résoudront rapidement l'inflammation, toujours à craindre quand elle siège à la face. En général, leur peu d'étendue (1) fait que la cicatrisation est vite obtenue et les complications relativement rares. Le pansement se compose d'une bandelette de coton hydrophile fixée au moyen d'un petit leucoplaste et imprégné simplement d'eau bouillie. Il faut systématiquement éliminer tous les médicaments antiseptiques, souvent caustiques, toujours irritants. Le lendemain, second lavage et assèchement immédiat au moyen de petits tampons stérilisés et poudrage léger avec du calomel, à moins que l'on ne préfère employer la pommade de Metchnikoff. Nous supposons, bien entendu, que le diagnostic de chancre syphilitique est dès lors bien établi, car le calomel induirait l'excoriation la plus banale et pourrait ainsi conduire à de fâcheuses méprises. Prendre la vérole après quatre ans de traitement serait sûrement mal accepté d'un malade qui se serait rigoureusement soigné malgré l'absence d'accidents. Cet inconvénient du calomel ne doit pas le faire rejeter, car il joue dans le chancre le rôle d'un véritable traitement local, avec mercurialisation intensive de la porte d'entrée, tendant sinon au traitement abortif, du moins à l'atténuation

(1) GAILLETON. Chancre nain de la lèvre. *Lyon méd.*, 7 déc. 1902.

Benjamin BORD. Chancres syphilitiques nains de la lèvre et de la langue. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1906, p. 667.

de la pullulation microbienne. Sa couleur lui permet, d'autre part, de dissimuler assez bien la couleur rouge, chair musculaire, de la lésion cutanée.

Il faut dans les chancres de la bouche renoncer complètement à l'espoir de réussir un traitement abortif. Comme l'ont bien démontré MM. Gaucher et Milian (1), l'invasion de l'organisme est extrêmement rapide, ce qui s'explique par la richesse sanguine de la muqueuse buccale et par le peu de défense ganglionnaire. M. Luisi, dans sa thèse, montre qu'au lieu d'un délai de 45 jours (chiffre donné comme normal par le prof. Fournier), entre le chancre et la roséole, la période d'invasion a été de 15 à 35 jours (2).

L'érysipèle est ordinairement rare (3). Le phagédénisme, peu marqué d'habitude, cède le plus souvent au pansement humide, à l'iodure. Dans le cas de chancre hypertrophique le crayon de nitrate a vite raison des bourgeons exubérants. Le plus souvent il s'agit de chancres cutanés, car sur la commissure l'accident primitif se présente sous la forme d'une simple fissure et sur la muqueuse c'est une ulcération d'aspect banal parfois recouverte, quand elle siège en dedans, d'une fausse membrane et dont seules l'induration et l'adénopathie

(1) GAUCHER et MILIAN. Echéance avancée de la roséole après le chancre des lèvres buccales. Soc. dermat., mars 1903.

(2) Raoul LUISI. Echéance avancée de la période secondaire après certains chancres extra-génitaux. Chancres de la bouche en particulier. Thèse Paris, 1904-1905, n° 39.

Henry MARINGER. Facteurs de gravité chez les syphilitiques. Thèse Paris, 1902-1903, n° 74.

(3) BESNIER. Pronostic général des chancres de la lèvre et érysipèle intercurrente. Annal. de dermat., 1889.

concomitante permettent de déceler la véritable origine.

Tous les chancres de la cavité buccale, proprement dite, qu'ils siègent sur l'une ou l'autre face de la langue, sur l'un de ses bords, ou même sur la gencive (1), sont justiciables du même traitement. Il faudra avant tout, éviter toutes les causes d'irritation, ne pas craindre de proscrire de façon absolue l'alcool et le tabac. Le traitement sera des plus simples : bains de bouches fréquents avec de l'eau bouillie tiède, ou si l'on préfère avec une décoction anodine, de guimauve, par exemple. L'eau oxygénée, caustique même après neutralisation sera réservée aux bouches infectées, pyorrhéiques et prédisposées à la stomatite.

Il ne faut pas oublier enfin que pour les accidents primitifs comme pour ceux qui se produisent aux périodes plus éloignées de la maladie, la meilleure thérapeutique est encore le traitement général. Sous son influence on voit, même dans les infections mixtes l'ulcération se déterger rapidement, la cicatrisation s'accroître sur les bords.

Il semble que l'on se trouve bien, dans les cas de chancres phagédéniques ou hypertrophiques, d'associer dès le début du traitement l'iodure au mercure, à la dose de 3 à 5 grammes par jour. C'est dans ces cas que l'arsénobenzol donne également ses meilleurs résultats.

(1) CHOMPRET. Chancre de la gencive, Soc. derm., 2 mars 1905.

Jean JOSSO. Etude sur les chancres syphilitiques à localisation rare de la cavité buccale. Thèse Paris, 1901-1902, n° 127.

La seule complication, et encore fait-elle partie des symptômes, est l'adénite. L'engorgement ganglionnaire ne porte en général que sur un seul ganglion qui est douloureux et s'enflamme. Il siège soit dans l'angle de la mâchoire (chancre commissuraire), soit sous le menton (chancre labial médian, chancre endobuccal). Quoi qu'il en soit, il est rare d'avoir à appliquer à cette adénite une thérapeutique active; il peut cependant se présenter des cas dans lesquels par suite, soit de la virulence de l'infection, soit d'association microbienne, le ganglion acquiert un assez gros volume, et devient vraiment douloureux dans les mouvements d'abaissement du maxillaire. On facilite la résolution en même temps que l'on calme la douleur par des onctions d'onguent napolitain belladonné. Il faudra dans ce cas surveiller la peau et prévenir les érythèmes.

Manifestations buccales de la syphilis secondaire.

On ne saurait trop insister sur l'importance du traitement local qui, bien dirigé, abrège de moitié la durée des lésions syphilitiques et en fait disparaître quelques-unes dont le traitement général ne serait pas venu à bout.

ARNOZAN (*Précis de Thérapeutique*).

Trois points se présentent à établir relativement à la thérapeutique spéciale des syphilides de la bouche, de la gorge et des muqueuses en général, à savoir :

I. — Qu'il n'y a pas à compter sur la médication interne pour faire prompt justice de ces accidents.

II. — Que la cautérisation constitue en l'espèce le procédé curatif par excellence.

III. — Que l'action des caustiques doit être complétée par quelque topique et par une hygiène sévère de la bouche.

FOURNIER.

Les traitements locaux ont été l'objet de beaucoup de discussions, celui de la syphilis se justifie aisément. D'abord par l'expérience, le meilleur critérium en l'espèce : les plaques muqueuses traitées de façon appropriée guérissent beaucoup plus rapidement que si on les abandonne à leur évolution naturelle. Ensuite, il y a une raison d'hygiène générale qui oblige le médecin à tarir une pullulation microbienne quand il peut le faire sans danger pour le malade. Enfin certains médicaments les analgésiques, en particulier sont souvent toxiques et

demanderaient pour agir sur l'organisme entier des doses trop considérables, qui pourraient causer de graves accidents et l'on peut aussi bien agir sur une lésion par simple application à son niveau. Il ne faut pas non plus oublier que l'action locale d'un hyperhémiant, d'un révulsif, concentre sur un point menacé, toutes les forces défensives de l'organisme, et que l'escarre produite par le caustique, protège contre les agents extérieurs, la région qu'elle recouvre et permet la réparation des tissus sous-jacents.

Dans l'hygiène locale, enfin, peuvent se placer tous les moyens prophylactiques, si l'on entend sous cette dénomination la suppression de tous les irritants locaux : tabac, alcool, dents cariées, dont l'influence est si nette sur la production des lésions secondaires.

Sur ce traitement prophylactique, nous n'insisterons pas, l'ayant déjà fait longuement. Il est le même pendant toute la durée de la maladie, mais c'est incontestablement à cette période qu'il doit être le plus rigoureux. Il faudrait pouvoir obtenir le renoncement au tabac — vieille pipe, éternelle cigarette — à l'alcool. Les caries devraient être traitées et obturées, les aspérités émoussées. Pratiquement, on se contentera de l'à peu près ne demandant la suppression absolue du tabac et de l'alcool qu'au moment des accidents et pour amener leur disparition.

Le traitement actif est général — nous n'y reviendrons pas — et local. Ce dernier diffère suivant que l'on se trouve en présence d'une angine érythémateuse ou de véritables plaques muqueuses.

Il semble que si l'angine érythémateuse est fréquente

à la période secondaire de la syphilis, elle ne lui appartient pas en propre. Elle est due surtout aux irritations locales, aux fumées de tabac surtout. Le malade qui ne fume plus, cesse de séjourner dans les endroits où l'on fume et se gargarise avec quelques émollients — eau de guimauve — la voit rapidement disparaître.

Les plaques muqueuses sont, elles, beaucoup plus tenaces. Entretienues par des irritations locales, elles persistent souvent longtemps après la suppression des agents irritants et récidivent fréquemment sous les influences les plus difficiles à déterminer.

Elles sont, comme il est facile de s'en rendre compte par l'examen à l'ultra-microscope, des foyers de pullulation microbienne et, par, cette abondance même du tréponème à leur niveau, jouent un rôle considérable dans la propagation de la vérole. Il est donc de la plus haute importance de les stériliser et on le peut facilement.

MM. Janselme et Touraine ont récemment recherché à l'aide de l'ultra-microscope le procédé le plus efficace pour stériliser les plaques muqueuses, qui sont l'agent de transmission le plus actif de la syphilis. Il ressort de leurs recherches que la meilleure désinfection est obtenue soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec la teinture d'iode. Après cautérisation au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode, tous les tréponèmes sont détruits, tant à la surface que dans la profondeur, et cette action paraît se prolonger plusieurs jours. Après cautérisation

(1) JEANSELME et TOURAINE. Action de différents caustiques sur les plaques muqueuses syphilitiques, vérifiées par ultra-microscope. *Soc. méd. hôpît.*, 29 juillet 1910.

au nitrate d'argent en solution aqueuse au cinquième, seule la surface est désinfectée d'une façon satisfaisante et durable.

On comprend l'intérêt de cette démonstration rigoureusement scientifique d'une vérité déjà entrevue par tous les cliniciens. D'ailleurs il suffit d'étudier le mode d'action des caustiques pour comprendre aisément comment cette action stérilisatrice se produit. Les sels métalliques, dit en effet M. P. Le Noir (1) ont le pouvoir coagulant le plus énergique sur les matières albuminoïdes, pouvoir qu'ils partagent avec les acides. A l'état solide, ils ont peu d'action sur la peau sèche externe et n'agissant que sur le tégument dépourvu de son épiderme et *sur les muqueuses*. Liquides, leur causticité varie avec le degré de la dilution, et ce n'est qu'en concentration qu'ils sont réellement coagulants. Leurs escarres sont sèches, bien délimitées, et leur chute ne s'accompagne que rarement d'hémorragie. La mortification se produit plus rapidement sur les tissus pathologiques que sur les tissus sains (2).

Les tissus qui constituent l'escarre subissent deux lésions différentes :

- 1° Une sorte de momification ;
- 2° Une dégénérescence graisseuse.

La première porte principalement sur les couches les plus superficielles. A la surface, les tissus nécrosés sont peu modifiés dans leur structure, ils se dessèchent rapi-

(1) In *Traité de pathologie générale* de Bouchard, t. I, p. 665.

(2) Pour les altérations microscopiques, cf. Bryk. *Virchow's archiv.*, 1860, t. XVIII.

ment et se transforment en une substance friable. Les éléments cellulaires sont conservés et reconnaissables au microscope.

La dégénérescence graisseuse s'observe surtout dans les parties les plus profondes, les cellules épithéliales des muqueuses, celles du corps de Malpighi, les cellules du tissu conjonctif du derme sont augmentées de volume et distendues par des granulations graisseuses.

Mais c'est sur les vaisseaux et sur le sang qu'ils contiennent que l'action spéciale de ces caustiques est surtout manifeste. Le sang est refoulé dans les artères, dans les veines et dans les capillaires, non seulement dans le territoire même de l'escarre mais bien au delà de ses limites, surtout si l'on observe les veines. Le caillot remplit les vaisseaux qui sont ainsi ainsi transformés en cordons durs, retractés sur eux-mêmes, de calibre moindre qu'à l'état normal. Les parois sont intactes ou atteintes de dégénérescence graisseuse dans leurs cellules endothéliales.

L'analyse chimique a permis de révéler la présence de produits en majeure partie insalubles, quelques-uns cependant sont solubles (albuminates métalliques solubles ou non, acides purs, etc.).

De ces longues considérations sur le rôle stérilisateur et thérapeutique de la cautérisation, nous pouvons conclure que pour éliminer le plus possible les chances de contagion, il faut cautériser *immédiatement* les plaques muqueuses. Mais quel agent peut-on employer ? Ils sont légion ceux qui ont été proposés. Nous avons vu qu'il résulte des recherches de MM. Janselme et Touraine que deux substances sont réellement efficaces : la teinture

d'iode et le crayon de nitrate d'argent (1). Le premier de ces caustiques n'est pas employé à cet usage et le prof. Fournier recommande d'ajouter à la liste le nitrate acide de mercure. « De par l'expérience, dit-il, il n'est, en l'espèce, que deux caustiques auxquels il convient d'avoir recours, à savoir : le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure ».

Ce dernier semble avoir une action plus énergique, mais son emploi exige quelques précautions, sans lesquelles il n'est pas sans danger. Sa diffusion dans les tissus produit en effet un œdème considérable et il faut se garder de cautériser une trop grande étendue, pour éviter une réaction trop vive. Les plus grands soins seront pris pour éviter de laisser tomber du liquide dans le larynx, car il y a eu — dans le cabinet du médecin — des suffocations mortelles dues à la pénétration du nitrate acide dans les voies respiratoires.

Il n'y a à redouter aucun accident en employant le manuel opératoire suivant : plonger dans le liquide un petit morceau de bois et appliquer sur la lésion l'extrémité imbibée de la solution ; ensuite lavage à l'eau.

Par ce moyen on respecte le principe immédiat de toute cautérisation, qui est de limiter exactement l'action du caustique à la surface malade sans la déborder, sans empiéter sur les tissus sains (Fournier).

Tel est le traitement des plaques muqueuses simples ; mais souvent le tréponème n'est pas seul sur la lésion, ou accompagné de vulgaires saprophytes. Des associa-

(1) Joseph BRENAC. Le nitrate d'argent en dermatologie et syphiligraphie. Thèse Paris, 1907-08, n° 447.

tions microbiennes très variées, parfois même très virulentes, recouvrent les plaques de fausses membranes (1). Le plus souvent on se trouve en présence de l'association fuso-sporillaire de H. Vincent. Il est assez facile d'en faire le diagnostic (2). « Lorsque les ulcérations syphilitiques ou autres de la bouche et du pharynx, dit M. Vincent, se recouvrent d'un enduit grisâtre ou jaunâtre, d'odeur fétide, il y a beaucoup de raisons de penser qu'elles sont envahies secondairement par le parasitisme fuso-cellulaire. »

Enfin, il faut retenir que : « l'infection est auto-inoculable au malade lui-même, dans le sillon gingivolabial, par exemple, préalablement ulcéré, et dans tout autre point buccal préalablement ulcéré » (3).

Si l'on en croit M. Letulle (4), « dans les ulcérations de la syphilis compliquées secondairement, les microbes fuso-spirillaires peuvent être très nombreux, mais sont toujours accompagnés de beaucoup d'autres. »

Il faut donc, outre le traitement général — car, sans lui, ces lésions mixtes ne disparaissent pas — employer les antiseptiques. Beaucoup ont été proposés, le bleu de méthylène notamment, dont M. Brocq conseille

(1) A. ROBIN et DEGUÉRET. Sur l'angine diphtéroïde de la syphilis secondaire. *Gazette médicale de Paris*, 18 juillet 1891.

Georges BELLAN. L'angine pseudo-membraneuse secondaire de la syphilis. Thèse Parts, 1901-1902.

(2) H. VINCENT. Fréquence du parasitisme fuso-spirillaires dans les lésions buccales. *Soc. dermat.*, 2 mars 1905.

H. VINCENT. Rôle de l'infection fuso-spirillaire dans les lésions ulcéreuses de la bouche. *Soc. dermat.*, 6 avril 1905.

(3) H. VINCENT. La symbiose fuso-spirillaire, ses diverses déterminations pathologiques. *Annal. de dermat. et de syphil.*, 1905, p. 401.

(4) M. LETULLE. Angine de Vincent. *Presse méd.*, 29 décembre 1900.

l'emploi (1). S'il n'est pas douloureux, s'il est même légèrement analgésique, il est toxique, tache en bleu le linge, la peau et les muqueuses, ne possède qu'un pouvoir antiseptique faible.

Le meilleur antiseptique est ici l'eau oxygénée, à raison de deux cuillerées à soupe dans un verre d'eau tiède. On doit, pour éviter l'agacement des dents et à la longue la carie, ajouter à chaque verre une pincée de bicarbonate ou de borate de soude, ou un comprimé de Vichy.

Les gommés.

La syphilis tertiaire produit dans la bouche plusieurs lésions : l'ulcération, la gomme proprement dite, la gomme ulcérée. A part l'ulcération secundo-tertiaire qui, fréquente dans les syphilis dites malignes précoces, survient environ six mois après le chancre, les autres lésions, la gomme, qu'elle forme encore une tumeur ou qu'elle soit déjà ulcérée, survient tardivement, plusieurs années d'ordinaire après le contagement.

Sur les ulcérations secundo-tertiaires nous ne nous étendrons pas beaucoup maintenant, nous réservant d'y revenir plus loin à propos des lésions qui ne concordent pas avec la date de la maladie. Les gommés proprement dites ont dans la bouche trois sièges de prédilection, le maxillaire, la langue et la voûte palatine. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la gomme maxillaire ou linguale.

(1) Auguste ARNAL. — Du traitement des syphilides muqueuses secondaires par le bleu de méthylène. Thèse de Paris, 1903-1904.

Ce sera un diagnostic d'exclusion, et il faudra toujours penser à la syphilis et ne pas se laisser impressionner par les dénégations du sujet qui a oublié son chancre si toutefois il en a eu connaissance. Les gommes siègent souvent sur la face supérieure, souvent aussi sur les bords de la langue et en présence d'une mauvaise dentition on sera tenté de croire — surtout si elles sont multiples — à des ulcérations banales d'origine dentaire. Le diagnostic sitôt posé, le traitement ioduré dont nous avons déjà exposé les grandes lignes sera sans retard institué. On en verra rapidement apparaître les brillants résultats.

La gomme palatine beaucoup plus redoutable, car elle entraîne par la perforation du palais de graves désordres fonctionnels, doit être diagnostiquée de façon précoce, avant que les lésions osseuses soient trop étendues pour pouvoir se réparer d'elles-mêmes sous l'influence du traitement général.

Il y a un ensemble de petits signes de la gomme palatine, qu'il faut savoir dépister de bonne heure. Tantôt la tumeur commence à la voute palatine elle-même et il suffit de penser à la vérole pour faire le diagnostic. Tantôt il y a une *phase nasale* parce que le début de l'affection se fait au niveau du plancher des fosses nasales (1).

L'affection débute le plus souvent par une gêne variable dans les fosses nasales ou au niveau de la voûte palatine. C'est souvent de l'enchiffrement avec obstruction dans l'une des fosses nasales ou même dans

(1) CASTEX. Mal. du nez, In traité de chirurgie. Le Dentu-Delbet.

les deux, s'accompagnant parfois de douleurs faciales névralgiques ou de céphalées. Cette obstruction se complique d'une sécrétion muco-purulente extrêmement fétide (1). La gomme est alors ouverte dans les fosses nasales. Le malade élimine de petits séquestres et s'affole (2). La perforation est alors imminente mais un traitement ioduré intensif peut encore l'empêcher. Souvent le sujet tergiverse et attend — quand la perforation se produit le malade est tout surpris de rendre des liquides par le nez et de ne parler qu'avec une voix nasonnée — alors qu'il était loin de s'attendre à de pareils désordres.

La nécrose osseuse se fait d'abord le plus souvent à la face supérieure de la voûte palatine dans les fosses nasales, mais celle de la table inférieure ou buccale ne tarde pas à se produire également parce que dans les os plats les deux lames périostiques sont généralement touchées par la syphilis, ce qui entraîne la formation de séquestres sur les deux faces (3).

Il faudra éviter d'en arriver à la perforation constituée et dès les petits signes instituer le traitement ioduré intensif — au moins six grammes par jour, sauf le cas d'intoérance.

(1) S'il tombe quelque os du palais

Danger y a d'être punais.

(Ambroise Paré, édit. Malgaigne. VII^e canon.

(2) La caducité de l'être n'apparaît jamais si nettement *ad oculos* qu'au moment où l'on aperçoit quelque partie de son squelette. Nietzsche correspondance.

(3) CASTEX. *Loc. cit.*

(4) Joseph ANABURE. Quelques considérations sur le rôle de l'iodure de potassium dans la thérapeutique de la syphilis. Thèse Paris, 1908-1909, n° 174.

On pourra aussi essayer du traitement mixte par le sirop de Gibert modifié :

Biiodure de mercure	0 gr. 30
Iodure de potassium	45 grammes
Sirop de café	} à à 250 grammes
Sirop simple.	

à raison de deux cuillerées à soupe par jour.

Le professeur Bouchard, dans une communication retentissante au congrès de médecine du Caire, avait exposé une nouvelle méthode thérapeutique.

« Si, dit-il, dans les maladies générales qui se localisent, une médication générale exerce une action spécifique curative, on pourrait limiter l'administration du remède exclusivement au tissu qui en est atteint; on pourrait tenter le traitement en injectant dans le lieu affecté le médicament qui se montre efficace quand on le répand dans l'économie. »

Cette méthode a le grand avantage de ne pas saturer de médicaments l'organisme tout entier, alors qu'il n'est nécessaire d'atteindre qu'un point limité. Elle est surtout avantageuse chez ceux que leur susceptibilité aux iodures rend rebelles à cette médication.

Elle fut appliquée aux gommes syphilitiques avec succès (1), mais plutôt aux gommes cutanées qu'à celles de la cavité buccale. En effet, les difficultés d'accès et les nombreuses chances d'infection secondaire rendent peu pratique la méthode du professeur Bouchard. Il est donc plus simple d'employer le traitement ioduré général.

(1) Jules BOISSEAU. Traitement local des gommes syphilitiques par les injections d'iodure de potassium. Thèse Paris, 1906, n° 219.

La perforation du palais réclame une thérapeutique un peu spéciale. Si ces perforations sont petites, elles peuvent se refermer sous l'influence du traitement général aidé de quelques galvanocautérisations. Quand elles sont plus vastes, le malade s'en trouvant incommodé cherche à les obturer avant même d'en parler à son médecin, avec ce qu'il a sous la main et fabrique lui-même des obturateurs en papier mâché ou en liège. Même si la perforation n'est pas obturée le malade peut déglutir sans accident à la condition d'avaler lentement et avec grande attention (1).

En général les perforations réclament un traitement chirurgical (2). Celui-ci donne d'excellents résultats chez les enfants à palais fissuré congénitalement et encore chez les hérédosyphilitiques ; chez les adultes, au contraire, les tissus ont une plasticité beaucoup moindre et chez eux les lésions syphilitiques s'accompagnent d'une infiltration scléreuse qui les rétracte fortement. Ceci se voit dans les sténoses pharyngées. Il vaut mieux alors ne pas tenter une opération vouée à un échec certain et recourir à la prothèse.

L'appareil est très simple, se rapprochant de ceux que l'on fait après un évidement du sinus maxillaire par la bouche pour un néoplasme. C'est une plaque en vulcanite modelée sur le palais comme un dentier ordinaire et portant un prolongement supérieur qui obture la perforation. Ces appareils sont ordinairement bien supportés et empêchent parfaitement le reflux des liquides

1) CASTEX. *Loc. cit.*

(2) MORESTIN. Perforations syphilitiques du palais opérées avec succès (uranostaphylorraphies). Soc. derm., 6 décemb. 1906.

et des aliments par le nez. Grâce à eux le nasonnement s'atténue beaucoup. Il faut seulement insister beaucoup auprès des malades, sur les soins locaux de propreté et les lavages quotidiens à l'eau bouillie de l'appareil et de la perforation.

La Leucoplasie.

Des travaux nombreux, et en particulier ceux du prof. Fournier, nous ont appris que la syphilis est fréquemment à l'origine de lésions et même de maladies véritables qui n'avaient pas été autrefois rangées parmi ses manifestations. Ces lésions n'ont aucun des caractères classiques des lésions syphilitiques, ne sont pas curables par le mercure et l'iode, elles constituent des maladies ayant une évolution progressive paraissant systématisées à certains appareils ou même dans ces appareils à des régions qui ont une dépendance anatomique ou physiologique, alors que le propre des lésions syphilitiques classiques paraît être d'envahir indistinctement et d'une manière diffuse les régions où elles se développent (1). Parmi ces lésions se trouve la leucoplasie buccale (2). Elle a dans la presque totalité des cas une origine syphilitique (3).

(1) LEREDDE. Pathogénie des affections parasymphilitiques. *Annales de dermatologie*, 1902, p. 145.

(2) GAUCHER. La leucoplasie linguale. *Presse med.*, 8 juillet 1903.

GAUCHER et SERGENT. Anatomie pathologique, nature et traitement de la leucoplasie buccale. *Archives de méd. expérimentale et d'anat. pathol.*, juillet 1900.

(3) A. FOURNIER. Les relations de la leucopl. buccale avec le cancer et la syphilis. *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1900.

M. Leredde défend cette origine. « De jour en jour, dit-il, des faits se multiplient prouvant que le traitement spécifique est utile dans cette affection et peut amener la rétrocession plus ou moins complète. Qu'il n'en amène pas la guérison d'une façon régulière, cela n'a rien de bien extraordinaire : toute sclérose syphilitique est un processus de défense interstitiel et cette sclérose ne peut se modifier que là où le processus de défense est encore en activité. Parmi les lésions linguales que l'on voit traiter de parasyphilitiques, parce qu'elles résistent au traitement. Certaines sont purement et simplement des citatrices, c'est-à-dire des lésions guéries (1). »

Pour M. Lacapère (2) enfin, et ceci éclairera la prophylaxie, les irritations sur les plaques muqueuses donnent la leucoplasie.

Il faut signaler aussi l'opinion de Secchi (3) pour qui il y aurait deux leucoplasies : l'une syphilitique qui guérirait par le mercure, l'autre tabagique — mais pouvant

CHICHKOFF. Les rapports de la leucopl. buccale avec la syphilis, Thèse Paris, 1902.

René TRAPENARD. La leucoplasie, ses rapports avec la syphil. Thèse Paris, 1904-05, n° 298.

LANDOUZY. Valeur séméiologique des leucoplasies jugales et commissurales. *Presse méd.*, juin 1908.

Raymond BÉRANGER. Valeur séméiologique des plaques commissurales de leucoplasie dans le diagnostic de la syphilis. Thèse Paris, 1908-1909.

(1) LEREDDE. *Loc. cit.*

(2) LACAPÈRE. La leucoplasie. *Archives générales de médecine*. 25 avril 1905.

(3) SECCHI. Leucoplasia banale sifilitica terziaria guarita col mercurio; leucoplasia nicotinic in sifilitico. *Gazzeta degli ospedali e delle cliniche*, 1903.

se produire chez des syphilitiques — et rebelle au traitement. Il est plus simple d'admettre, avec M. Leredde, que les plaques leucoplasiques définitivement constituées, les cicatrices, sont immuables, quel que soit le traitement, mais que l'on peut arrêter par le traitement spécifique la leucoplasie en évolution. L'expérience confirme d'ailleurs pleinement cette manière de voir. On peut parfois saisir sur le fait cette transformation de la plaque muqueuse en leucoplasie sur des sujets chez qui évoluent simultanément les deux lésions (1).

Il semble cependant qu'il existe une leucoplasie non nécessairement syphilitique due à la chaleur et toutes ces irritations semblent avoir une influence. M. Audry a vu la leucoplasie se greffer sur des lésions tuberculeuses anciennes.

Quel sera le traitement de la leucoplasie ? Quel qu'il soit il sera peu efficace.

Tout d'abord prophylactique, c'est chez les sujets à plaques muqueuses récidivantes qu'il faudra se montrer sévère, pour proscrire le tabac, l'alcool, la chaleur sous

(1) EMERY et DRUELLE. — Plaques muqueuses survenues dix et dix-sept ans après le début de la syphilis et coïncidant avec des accidents tertiaires (coexistence de plaques muqueuses et de leucoplasie). *Archives générales de méd.*, 29 septemb. 1903.

(2) AUDRY. Leucoplasie et épithéliomatose sur tuberculose. *Annales de dermat. et syph.*, 1906, p. 1078.

toutes ses formes (1). Il n'est pas certain, qu'elle ne joue pas un grand rôle puisque ce sont les fumeurs de pipe à culot court qui payent le plus fort tribut à cette affection et au cancer qui en dérive si souvent.

Le traitement dit curatif reste le plus souvent sans résultat; peut-être parce que les lésions scléreuses de la zone papillaire sont déjà en évolution et beaucoup plus étendues que ne pourrait le faire supposer la simple inspection. Cette lésion du derme est cependant secondaire, car la lésion primitive est la cutinisation de la muqueuse, la kératinisation de l'épithélium et même son hyperkératinisation (2).

Le traitement diffèrera suivant que l'on se trouvera en présence d'une leucoplasie au début. Dans ce cas on devra essayer le traitement mercuriel, surtout si ces lésions coexistent avec des plaques muqueuses. L'arsenobenzol a dans ce cas donné des résultats encourageants. La situation sera beaucoup plus embarrassante s'il y a en même temps des gommés. On ne devra employer KI qu'avec la plus grande prudence, car il détermine la fâcheuse évolution vers l'épithélioma.

En présence d'une petite plaque bien délimitée, on sera autorisé à pratiquer l'extirpation totale.

En règle générale, il faut absolument éviter toutes les opérations partielles, prélèvement pour biopsies, cautérisation de points qui se fissurent ou bourgeonnent. Toutes ces petites interventions insuffisantes pour gué-

(1) Maurice Roy. Note sur l'étiologie de la leucoplasie buccale. *Odontologie*, 15 avril 1909.

(2) GAUCHER. Leucopl. linguale. *Presse méd.*, 8 juillet 1903.

rir de la maladie, lui donnent un fâcheux coup de fouet et son évolution vers le cancer en est de beaucoup brusquée.

Si l'étendue des lésions empêche toute intervention radicale, on s'en tiendra à des traitements palliatifs, d'ordre exclusivement médical, tels que gargarismes et collutoires alcalins, lavages de bouche à l'eau de St-Christau, en évitant soigneusement toutes les causes d'irritation.

Le cancer.

Le cancer de la muqueuse buccale est en général le dernier terme de l'évolution de la leucoplasie; quand une plaque leucoplasique se fissure et bourgeonne, le néoplasme est près d'être constitué.

Il y a d'ailleurs au point de vue histologique une analogie remarquable entre ces deux affections. L'anatomie pathologique nous montre que la leucoplasie (1) qui présente histologiquement une néoformation embryonnaire puis conjonctive considérable et parallèlement des lésions d'endo et de périartérite, se rapproche anatomiquement des lésions spécifiques. Mais elle en diffère par un élément nouveau : la formation de globes épidermiques ; et l'on sait que le globe épidermique est l'élément caractéristique du cancer épidermique. La leucoplasie n'est donc pas autre chose qu'une lésion syphilitique prête sous une influence quelconque à se transformer en épithélioma véritable.

(1) René TRAPENARD. La leucoplasie, ses rapports avec la syphilis. Thèse Paris, 1904-1905, n° 298.

M. Audry a d'ailleurs publié une observation dans laquelle le cancer s'est greffé directement sur les lésions syphilitiques de la bouche sans l'intermédiaire habituel de la leucoplasie. « Il faut, disait-il, se décider à voir dans la syphilis l'amorce d'un grand nombre de cancers de la bouche (1). »

L'origine leucoplasique du cancer n'étant plus contestée aujourd'hui — au moins dans la majorité des cas — la prophylaxie consistera dans le traitement antisiphilitique méthodiquement conduit. S'il y a en effet des leucoplasies qui apparaissent pendant la période secondaire et par la transformation in situ de plaques muqueuses en plaques leucoplasiques, la plupart prennent naissance seulement au cours de la période tertiaire au moment où l'ardeur thérapeutique du malade et de son médecin semble se ralentir. Beaucoup de leucoplasies paraissent résulter, encore à cette période, de la transformation de plaques muqueuses tardives ou récidivantes qui persistent ou se reproduisent pendant tout le cours de la vérole — surtout, quand le traitement a été insuffisant comme intensité ou comme durée, ou que les irritations locales n'ont pas été ménagées.

Un traitement antisiphilitique énergique et longtemps poursuivi, telle est donc la meilleure prophylaxie. Il faut y joindre l'abstention rigoureuse de tout ce qui peut favoriser l'action de la maladie — les irritations étrangères ; tabac, alcool, chaleur.

(1) AUDRY. Epithéliomatose sur syphilis de la bouche sans intermédiaire de leucoplasie. Soc. de dermatologie, 4 mars 1910.

Ensuite, à la période des plaques leucoplasiques éviter l'iode et surveiller attentivement — examen mensuel — de sorte qu'à la moindre alerte on intervienne chirurgicalement.

La biopsie (1), jadis préconisée, est maintenant en défaveur. On lui reproche d'accélérer la marche de l'épithéliomatose.

Dès qu'on voit en un point se produire la transformation en cancer, il faut opérer et opérer largement (2). L'intervention précoce et non économique donne des résultats sinon brillants du moins encourageants (3).

La conduite à tenir se résume donc de la manière suivante :

1° Surveillance rigoureuse de la leucoplasie.

2° Pas d'interventions partielles, de biopsie, ni de cautérisations.

3° Intervention large.

4° Si l'étendue des lésions ne permet pas l'exérèse *opium et mentiri*.

(1) J. BARIER. Leucoplasie et cancer, du rôle et de l'importance de la biopsie. *Presse méd.*, 1^{er} août 1903.

(2) MORESTIN. Technique pour l'ectomie des cancers buccaux. Congrès intern. chirurgie, 1900.

(3) Pierre BAUDET. Contrib. à l'étude de l'intervention chirurgicale dans le cancer de la langue. Thèse Toulouse, 1907-1908.

Jules BRUNEL. Le traitement du cancer de la langue et ses résultats. Thèse Montpellier. 1908-1909.

Mal perforant buccal.

Les ataxiques ne sont pas toujours à l'abri des lésions syphilitiques franchement spécifiques (1). Ceci ne doit pas étonner, puisqu'il y a dans l'évolution de beaucoup de véroles des lésions chronologiquement atypiques.

Les lésions que l'on rencontre le plus souvent sont des manifestations secondaires ou tertiaires. Celles-ci plus fréquentes que celles-là.

Ces complications qui peuvent survenir dans l'évolution d'un tabes seront prévenues et guéries par le traitement antisypilitique auquel on tend de plus en plus à soumettre les ataxiques, surtout lorsqu'ils sont encore à la période de début de leur maladie (2).

L'évolution d'une gomme chez un de ces malades serait une indication formelle d'instituer le traitement.

Le mal perforant buccal semble plus particulièrement relever du domaine de l'ataxie. Cette affection ainsi dé-

(1) GAUCHER et BABONEIX. Accidents syphilitiques en activité chez un tabétique et un paralytique général. *Bull. Soc. med. des hôp. de Paris*, 15 mai 1903.

NICOLAS et MOUTOT. Deux cas de coexistence des lésions tertiaires et de tabès en évolution. *Lyon méd.*, 10 décembre 1905.

GAUCHER, E. TOURNIER et TOUCHARD. Accidents syphilitiques en activité chez un ataxique. *Bull. soc. méd. des hôp. de Paris*, 17 février 1905.

P. DUBOIS. Coexistence des accidents syphilitiques avec le tabès. Thèse Lyon, 1906.

A. MASSARDIER. Des lésions syphilitiques dans le tabès. Thèse Lyon, 1907-1908, n° 98.

(2) BOCKHART. Ueber die Merkuriabehandlung der Tabeskranken. *Monatshefte für prakt. Derm.*, 1^{er} janv. 1902.

SPILLMANN et PERRIN. Les ataxiques doivent être traités comme des syphilitiques. *Prov. méd.*, 25 déc. 1909.

noncée par le professeur Fournier, est assez rare. On admet généralement que, comme les maux perforants plantaires, elle est sous la dépendance d'un trouble trophique; mais, à l'heure actuelle, on n'exclut pas complètement la théorie de M. Galippe, qui fait jouer à l'infection locale, et notamment à la pyorrhée alvéolaire, un rôle important; ce rôle trop exclusif pour M. Galippe est néanmoins réel.

Ce mal perforant buccal présente quelques caractères particuliers (1), que l'on nous excusera de rappeler, en songeant à la rareté de cette lésion.

Le mal perforant buccal :

1° Se montre après la chute plus ou moins complète des dents, survenue spontanément.

2° Il siège au maxillaire supérieur, jamais sur la ligne médiane ou près de la ligne médiane; il occupe l'emplacement du bord alvéolaire disparu, au niveau des premières molaires.

3° Il s'étend surtout dans le sens antéro-postérieur. Ses dimensions ne sont jamais considérables.

4° Il fait communiquer la bouche avec le sinus maxillaire et les fosses nasales.

5° Il coïncide avec la résorption des bords alvéolaires des deux maxillaires.

6° Il s'accompagne de troubles de la sensibilité sur la face, les joues, dans la zone de distribution du trijumeau et principalement sur le bord des perforations.

(1) Raoul BAUDET. Du mal perforant buccal. Thèse Paris, 1897-1898, n° 240.

GAUCHER et TOUCHARD. Tabès avec mal perforant buccal et résorption osseuse du maxillaire supérieur. Soc. derm., 2 mars 1905.

7° Sa marche est invariable; il débute par une ulcération de la muqueuse et se continue par une fistule.

8° On ne l'a, jusqu'à présent, rencontré que chez des hommes.

La maladie évolue suivant un type bien déterminé, qui passe par quatre phases successives (1) :

A une première phase, des ataxiques perdent spontanément leurs dents.

Ensuite il résorbent leurs maxillaires.

Plus tard s'ouvre une fistule.

Enfin cette fistule s'élargit et devient une véritable perforation.

La maladie suit ainsi une marche progressive.

Le traitement doit être surtout prophylactique et la prophylaxie repose sur une donnée certaine, qui est le rôle très net joué par la pyorrhée alvéolaire. M. Galippe n'en faisait même qu'une forme aggravée de la maladie de Fauchard. Il semble bien que le phénomène primitif soit un trouble nerveux, comme sembleraient l'indiquer les troubles de la sensibilité qui accompagnent toujours le mal perforant buccal. La réparation des tissus se faisant moins bien chez les ataxiques, la pyorrhée alvéolaire acquiert chez eux une gravité qu'elle n'a pas chez d'autres malades.

Le traitement mercuriel dans le cas de MM. Gaucher et Touchard semble — bien que l'institution du traitement ait été précoce — n'avoir eu aucune action favorable (2).

(1) Raoul BAUDET. *Loc. cit.*

(2) GAUCHER et BOUCHARD. *Loc. cit.*

Le traitement sera donc prophylactique, on veillera à l'asepsie relative de la bouche. Quand l'affection sera constituée, le traitement ne pourra être que palliatif. On placera un dentier qui obturera la perforation; la trophicité étant déjà fortement compromise, une restauration chirurgicale, toujours très aléatoire serait ici vouée à un échec certain. Toutes les dents étant d'ailleurs tombées, le sujet est obligé pour manger de porter un appareil de prothèse. Il suffira d'ajouter à ce dentier un prolongement supérieur, pour lui faire jouer le rôle d'obturateur.

Il faudra insister tout particulièrement auprès du client sur la nécessité de soins rigoureux, consistant en lavages ou en irrigations légèrement antiseptiques avec de l'eau oxygénée au quart.

On veillera surtout à ce que l'irritation produite par l'appareil au niveau de la perforation, où il joue le rôle de corps étranger, n'augmente l'étendue de celle-ci.

Deux complications sont à redouter et nécessitent quand elles se produisent des soins un peu spéciaux.

L'hémorragie d'abord, qui dans un cas cité par Baudet, fut assez sérieuse pour obliger à un tamponnement et à une application de perchlorure de fer. Un tamponnement d'eau oxygénée chirurgicale aura généralement raison de cette complication.

Il y a parfois des nécroses osseuses. Il faudra alors enlever les séquestres avec soin et faire pendant quelque temps dans la plaie des lavages avec de l'eau oxygénée au quart.

Il faut d'ailleurs remarquer que l'infection des régions à trophicité viciée, retentit peu sur l'état général et ne

menace que rarement la vie du malade par complications septiques.

Lésions syphilitiques ne correspondant pas par leur date d'apparition à la date de la maladie.

Il y a longtemps qu'ont été signalées ces anomalies d'évolution. Elles tiennent le plus souvent à une virulence spéciale de la vérole, c'est le cas de certaines syphilis exotiques, elles tiennent aussi, et ceci revient au même, au peu de résistance du sujet.

La coexistence de plaques muqueuses et d'ulcérations gommeuses : l'apparition d'accidents secondaires tertiaires réclame le traitement mixte (1).

La question du traitement est plus délicate quand se voient simultanément chez le même sujet des gommes relevant de l'iodure et de la leucoplasie en évolution. Quand la leucoplasie est à son début, c'est-à-dire loin de sa transformation en épithélioma, on admet que l'iodure doit être prescrit en même temps que le mercure. Dans le cas de lésions leucoplasiques anciennes (2), prêtes à s'ulcérer et à bourgeonner, il faudrait mieux renoncer au IK et essayer les résolutifs puissants comme l'arsénobenzol, par exemple.

L'apparition de gommes avec des signes de tabès (3) ou de paralysie générale (4) ne doit pas empêcher le traitement mixte.

(1) M. CARLE. Tertiérisme précoce (chancre phagédénique et perforation de la voute du palais). Soc. derm., 3 mai 1906.

(2) GAUCHER et DOBROVICI. Coexistence de syphilides palmaires, de leucoplasie linguale et de cancer à la langue. Soc. derm., 9 nov. 1905.

(3) Auguste MASSARDIER. *Loc. cit.*

(4) MARIE et PETKIEWICZ. Double perforation palatine syphilitique chez un paralytique général. Gomme, améliorée par le traitement. Soc. derm., 7 déc. 1905.

TROISIÈME PARTIE

ACCIDENTS IMPUTABLES AU TRAITEMENT ET LEUR THÉRAPEUTIQUE

I. — Les accidents.

I. *Les accidents.* — Les accidents buccaux imputables au traitement de la syphilis sont au nombre de deux :

Le liséré mercuriel.

La stomatite.

Le liséré mercuriel est rare, mais il existe (1) et ne diffère cliniquement du liséré saturnin que par les anamnestiques.

La stomatite est au contraire beaucoup plus fréquente. Connue depuis l'emploi thérapeutique du Hg, elle exerçait ses ravages au moment où il était admis qu'il fallait entretenir la salivation pour que le traitement eût une efficacité certaine.

Nous trouvons, dans le curieux livre du chevalier allemand Ulrich de Hutten une description fort exacte de la maladie et que l'on nous excusera de citer intégralement.

(1) MILIAN. Liséré mercuriel analogue au liséré saturnin. Peu ou pas de stomatite, *Annales de dermat. et syphil.*, 1906.

(2) ULRICH DE HUTTEN. De Gaiaci medicina et morbo Gallico Mayence. J. Scheffer, 1519.

« L'effet de ces onguents (onguents mercuriels) était si actif qu'il ne tardait pas à changer le caractère du mal. Des extrémités il se portait sur l'estomac, puis sur la tête ; une fluxion s'opérait sur l'arrière-gorge, sur la bouche ; si l'on n'y prenait pas garde, la violence de ces accidents nouveaux provoquait la chute des dents. Dans tous les cas, des ulcères accompagnés d'un gonflement énorme apparaissaient au gosier, au palais, à la langue et aux gencives. Les dents étaient ébranlées, une salive abondante, visqueuse, fétide s'échappait continuellement des lèvres, la puanteur de ce liquide était repoussante ; ses propriétés âcres, corrosives infectaient aussitôt les organes en contact avec lui. De là l'érosion des lèvres, de la partie interne des joues, toute la chambre était imprégnée d'une odeur repoussante. Cette méthode de traitement était si douloureuse que beaucoup de malades préféraient la mort à une guérison obtenue par ce procédé barbare. C'est à peine si l'on pouvait se flatter de guérir un malheureux sur cent. La guérison même n'était pas de longue durée ; de tristes rechutes se produisaient après quelques jours d'un soulagement éphémère.

Qu'on juge des souffrances que j'ai endurées, moi, qui, dans l'espace de neuf ans, n'ai pas craint de me soumettre onze fois à une médication semblable.

J'ai vu d'autres victimes, dont la gorge tuméfiée ne permettait plus le passage des mucosités purulentes qu'il aurait fallu expectorer ou vomir, se débattre dans les horreurs d'une atroce agonie, être suffoqués par ces tumeurs corrompues. » (1)

(1) Chapitre IV. Quels remèdes ont été opposés, dans le principe, aux progrès du mal.

De nos jours de tels accidents sont heureusement devenus très rares, mais se produisent encore quelquefois (1). On a même signalé des complications de voisinage et à distance, des endocardites par exemple (2).

En général dès qu'apparaissent les petits signes prémonitoires de la stomatite, le médecin interrompt le traitement, prescrit une médication appropriée et tout rentre plus ou moins rapidement dans l'ordre.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue les trois groupes de facteurs qui prédisposent à la stomatite.

C'est tout d'abord : *l'état antérieur de la bouche du sujet*, ensuite interviennent *son état général*, celui de son foie et de ses reins, l'idiosyncrasie, enfin, *la forme médicamenteuse* employée et la dose à laquelle le Hg est introduit dans l'organisme.

1° *La bouche du sujet*. — La stomatite dite mercurielle ne diffère presque en rien de la stomatite ulcéro-membraneuse. Elle se produit il est vrai à l'occasion de l'ingestion thérapeutique ou accidentelle de Hg ; mais ce qui prouve bien qu'elle est liée à l'état septique

(1) R. VANEL. Nécrose volumineuse du maxillaire supérieur d'origine mercurielle. *Odontologie*, 15 octobre 1910.

(2) H. FERRÉ. De certaines infections secondaires d'origine buccale. Th. Paris, 1906.

COLOMBE (de Lisieux). Périostite alvéolaire suppurée, inflammation des veines faciales et des sinus de la dure mère. *Revue des mal. de l'enfance*, 1885, p. 186.

DESMONS. De la périostite phlegmoneuse diffuse des maxillaires et de la phlébite des sinus. Soc. de chirurgie, 5 nov. 1879.

GALIPPE et POTIER. Gingivite. Infection généralisée. Endocardite. Mort rapide. *Journal des connaissances méd.*, 1894.

antérieur de la bouche, c'est que, d'une part elle se manifeste de façon beaucoup plus rapide et constante chez les malades qui ont du tartre sur les dents, de la pyorrhée alvéolaire et qui négligent les soins habituels de la bouche ; que d'autre part la stomatite mercurielle ne se produit jamais chez les nouveau-nés qui n'ont pas encore de dents et chez les vieillards qui n'en n'ont plus, même lorsqu'ils sont soumis à un traitement mercuriel intensif. De plus les lésions de la stomatite débutent toujours soit au niveau d'une dent cariée ou d'un chicot, soit au niveau des gencives enflammées.

Ceci n'étonne pas qui connaît les nombreux microorganismes anaérobies ou aérobies facultatifs qui pullulent dans la cavité buccale (1) et y vivent le plus souvent en saprophytes mais peuvent à la moindre occasion y acquérir une virulence extrême.

(1) *Traité de stomatologie*. Paris, 1900.

J. ARGUELLO. — Sur les stomatites fétides dans les intoxications par les métaux. Th. Paris, 1878.

BERNHEIM. — Bactériologie de la stomatite ulcéreuse. *Centralblatt für Bakteriologie*, nov. 1898.

GALIPPE. — Septicémie buccale. *Journal des conn. méd.*, 1884.

GALIPPE. — Stomatite gangréneuse septicémie buccale. *Journal des conn. méd.*, 1885.

GALIPPE. — Note sur les gengivites artho-dent. infectieux. *Journal des conn. méd.*, 1888.

GALIPPE. — Des gingivo-stomatites septiques et en particulier de la stomatite mercurielle. *Journal des conn. méd.*, 1890.

Jules BOYER. — Stomatite à bacille fusiforme et spirille de Vincent. Th. Toulouse, 1904-1905, n° 626.

H. VINCENT. — Fréquence du parasitisme fusospirillaire dans les lésions buccales. *Ann. derm. et syph.*, 1905, p. 278.

Sur l'étiologie de la stomatite ulcéreuse primitive. *Archiv. intern. de laryngol.*, mars 1904.

La muqueuse buccale est d'autre part soumise à des causes perpétuelles d'inflammation — *par la mastication*: c'est le traumatisme physiologique de M. Chompret (1), provenant du voisinage du bord libre des incisives inférieures et de la voûte palatine — c'est le contact d'aliment plus ou moins durs et rugueux pouvant même être irritants par leur composition chimique — *par les dents* surtout; c'est le traumatisme gingival de la dent de sagesse qui évolue; ce sont ces altérations infectieuses les caries, ce sont enfin les débris alimentaires retenus dans les espaces interdentaires et qui y subissent des fermentations le plus souvent acides. Magitot a montré combien sont sensibles à l'action de ces acides, et spécialement des acides organiques, l'émail et l'ivoire.

Contre toutes ces forces agressives la muqueuse buccale se défend par l'alcalinité de la salive, par son action à la fois mécanique et bactéricide, probablement aussi par l'antagonisme des microbes les uns par rapport aux autres.

2° *L'état général.* — L'élimination du Hg ingéré se fait par tous les émonctoires. On le retrouve dans la salive; les fèces, dans l'urine surtout (2).

D'autre part la transformation en Hg éliminable et combiné des sels insolubles et du métal introduit dans

Note de l'infection fusospirill. dans les lésions ulcéreuses de la bouche. Société derm., 6 avril 1905.

La symbiose fusospirill., ses déterminations pathologiques. *Annales de derm. et de syph.*, 1905, p. 401.

LETULLE. — Angine de Vincent. *Presse médicale*, 29 décemb. 1900.

LETULLE. — La stomatite mercurielle. *Presse méd.*, 16 mars 1907.

(1) CHOMPRET. Essai sur les stomatites infectieuses. Th. Paris, 1895.

(2) BENDON. Thèse Lyon, 1909-1910.

l'organisme se fait dans le foie, après que le produit thérapeutique a été entraîné par les leucocytes dans la circulation générale (1). Il est donc évident que chez les malades dont le foie et surtout le rein fonctionnent mal, l'organisme est rapidement saturé du médicament. La stomatite se développe d'autant mieux que la violence du germe est accrue par l'état de déchéance du sujet et par l'élimination excessive et compensatrice du Hg par les glandes salivaires.

C'est bien probablement ainsi qu'il faut comprendre, l'idiosyncrasie. Il n'est pas toujours facile et il est parfois même impossible chez un sujet en apparence sain de savoir quel est l'organe qui ne remplit pas son rôle, mais on peut poser en principe que sous ce nom se cache une insuffisance fonctionnelle hépatique, rénale, endo-sécrétoire ou peut-être même leucocytaire.

3° *Forme pharmaceutique et doses.* — Il faut tout d'abord poser comme une loi générale qu'aux mêmes doses de principe actif, le Hg métallique — pilules, huile grise, frictions — détermine plus aisément les accidents de l'hydrargyrisme, que sous la forme de sels, même insolubles.

Ce sont d'abord les pilules, surtout celles de protoiodure, mais il est facile d'en arrêter l'usage dès que se manifestent les premiers symptômes alarmants du côté de la bouche.

Avec l'huile grise, il n'en est plus de même et l'on injecte en une ou plusieurs fois des doses de Hg qui seront parfois fort longues à se résorber complètement

(1) SPILLMANN. C. R. Académie des sciences, 1911.

et entretiendront d'interminables stomatites. C'est avec cette préparation que se sont produits presque tous les cas de stomatites gangreneuses et nécrotiques (1).

La maladie dans ce cas débute comme une stomatite moyenne et généralisée banale, puis après une amélioration apparente se localise sur l'os en un point de prédilection qui est l'angle du maxillaire. Cette nécrose se traduit extérieurement par une tuméfaction unilatérale sous-maxillaire ou génienne, due à un œdème inflammatoire qui augmente parallèlement à l'extension du processus. La mort survient souvent dans les observations publiées, par œdème de la glotte, broncho-pneumonie ou hémorragie brusque.

Les frictions qui, elles aussi, tendent à l'assimilation du Hg métallique aboutissent avec une relative fréquence à la stomatite, mais les accidents sont moins graves et moins persistants par suite de la possibilité de cesser immédiatement l'absorption du médicament.

Il s'en faut, d'ailleurs, de beaucoup que stomatite équivale à saturation, et c'est précisément à un des inconvénients les plus graves de cette complication que nécessitera la suspension d'un traitement à peine ébauché, nécessaire, souvent même urgent.

Avec les injections de sels, sels solubles surtout, la stomatite est rare et de plus rapidement curable, fait

(1) LE NOIR et CAMUS. Intoxication mercurielle thérapeutique suivie de mort et d'autopsie. Soc. méd. hôp., 12 janv. 1906.

GAUCHER et BORY. Stomatites parés et gangréneuses consécutives aux injections d'huile june. Soc. méd. hôp., 27 mars 1908.

facile à expliquer par la rapidité d'élimination des sels solubles (1).

A ces accidents, quelle thérapeutique faut-il opposer? Comment peut-on les éviter?

II. — Le traitement. (2)

« Il faut prévoir la stomatite plutôt que la soigner », disait Parrot.

Le traitement préventif de la stomatite consiste dans les soins hygiéniques que nous avons déjà préconisés au début de ce travail. La mise en état de la bouche est la première condition pour éviter cette redoutable complication.

Cependant le médecin peut se trouver en présence d'une stomatite au début, que la surveillance rigoureuse des « *points d'élection* » lui aura permis de dépister avant que les signes fonctionnels soient bien accentués (3).

Le malade doit être prévenu qu'il doit accourir chez son médecin dès qu'il éprouve la sensation de « *dents longues*, » dès qu'il a de la difficulté à mâcher la croûte de pain, dès qu'il sent sa paroi jugale hypertrophiée recouvrir ses molaires.

L'inspection révèle à ce moment dans l'une des régions angulo-maxillaire une plaque blanchâtre se prolongeant plus ou moins en avant, où elle garde l'empreinte des dents.

(1) BENDON, *Loc. cit.*

(2) G. ROQUE. Maladies de la bouche, in *Nouv. traité méd.*, Brouardel-Gilbert. Paris, 1906.

GALIPPE et MAGITOT. Article stomatite, in dictionnaire Dechambre.

(3) MILIAN. Stomatites mercurielles frustres. *Progrès méd.*, 1910.

A ce moment il serait excessif et prématuré d'arrêter le traitement mercuriel, car la stomatite ne doit pas faire oublier le danger très réel des lésions syphilitiques. On se contentera de supprimer radicalement pilules, sirops, frictions et injections insolubles pour ne conserver que la médication par les injections solubles. L'état du rein sera de nouveau examiné comme au début du traitement et l'albuminurie seule arrêtera complètement l'administration du mercure.

On instituera sans perdre de temps un traitement local consistant, dans le cas de « dents longues », dans un badigeonnage quotidien des gencives avec la solution :

Acide chromique.	1 gr.
Eau.	40

S'il y a déjà de la stomatite angulo-maxillaire, on passera un tampon de coton imbibé de la même solution ou de teinture d'iode sur la région mortifiée. Le lendemain les lésions ulcéreuses sont recouvertes d'une légère escarre jaune qui ne devra pas empêcher de recommencer les deux jours suivants la même médication.

Dans la journée on prescrira des gargarismes fréquents, avec le mélange :

Eau oxygénée.	100 gr.
Borate de soude.	1
Eau de menthe {	ââ q.s.p. 500
Eau bouillie {	

Parfois les accidents ne cèdent pas à cette thérapeutique ; tel est le cas après une série d'injections d'huile grise. Le mercure est alors enkysté dans les nodosités

où il est peu à peu repris par les leucocytes et lancé dans la circulation ; ce travail d'élimination est parfois fort long. Dans un cas de MM. Ménétrier et Bouchard (1) il fut même nécessaire d'enlever chirurgicalement — après radiographie — le nodule pour mettre un terme à la stomatite. Il n'y avait eu cependant qu'une seule injection cinq mois auparavant.

Dans le cas de stomatite grave il faudra avant toute chose arrêter complètement l'absorption du mercure et commencer un traitement local énergique, consistant en lavages de bouche fréquents avec la solution d'eau oxygénée au quart, préalablement alcalinisée par le borate de soude.

Le chlorate de potasse ne mérite pas la réputation dont, pendant de longues années, il a bénéficié. C'est un toxique dont l'action sur le rein s'ajoute à celle du mercure et de la syphilis elle-même ; il détruit les globules rouges de malades souvent en pleine anémie secondaire ; enfin, c'est un poison du cœur. Localement il augmente encore la fatigue des glandes salivaires déjà surmenées par l'élimination du mercure et par le ptyalisme qui accompagne toutes les infections buccales. Son action antiseptique est plus que douteuse et d'ailleurs, en règle générale, il semble que dans la bouche les antiseptiques soient plus nocifs pour les forces de défense — leucocytes, épithélium — que pour les forces d'agression.

La fétidité de l'haleine est souvent considérable dans

(1) MÉNÉTRIER et BOUCHARD. *Bulletin Soc. méd. hôp. Paris*, 28 juin 1906. Compte rendu dans *Revue de derm.*, 1906, p. 1103.

la stomatite mercurielle. Elle constitue parfois le principal symptôme. Il importe de la combattre par des lavages d'eau bouillie dans laquelle on aura mis une cuillerée à café par verre d'eau du mélange

Essence de menthe	}	àà 2 gr.
— d'anis		
— d'eucalyptus		
Thymol.....		4 gr.
Alcool à 30°.....		60 gr.

Il existe enfin une forme nécrotique et gangreneuse de stomatite, extrêmement grave, celle-ci, entraînant la mort soit par complication septique — bronchopneumonie, œdème de la glotte — soit par complications ulcéreuses — hémorragie foudroyante.

L'état général est, dans ces cas, profondément atteint, et il importe de le soutenir au cours de l'endocardite, de la pneumonie ou de la néphrite concomitantes.

Si la nécrose du maxillaire, qui siège généralement à l'angle, se traduit extérieurement par une tuméfaction unilatérale sous-maxillaire ou génienne (1), il sera indiqué de l'inciser de façon à faciliter le drainage.

L'hémorragie sera traitée par le tamponnement et l'eau oxygénée. Il faudra au moment du pansement, quand on enlèvera le premier tamponnement (24 h. après), avoir tout sous la main pour en pratiquer immédiatement un second si l'hémorragie se reproduisait.

Il semble que l'absorption d'eau sulfureuse — eau d'Uriage — facilite l'élimination du mercure et permette d'en supporter des doses plus considérables. On ne devra pas négliger ce moyen.

(1) GAUCHER et BORY. *Loc. cit.*

La nécessité d'interrompre le traitement mercuriel n'empêche pas d'employer les autres médications anti-syphilitiques, arsenicales par exemple, comme l'arsénobenzol ou l'hectine.

On a enfin préconisé contre la stomatite diverses médications rarement employées, mais susceptibles de rendre quelques services dans certaines formes graves où la vie du malade est elle-même en jeu.

Tout d'abord, l'abcès de fixation. M. Ferré rapporte, dans sa thèse, le cas d'une femme atteinte de stomatite chez qui l'état général grave ne s'améliora sensiblement qu'à partir du jour et se forma au niveau d'une injection de caféine un abcès chaud qui s'ouvrit bientôt. La culture de la salive avait donné surtout du streptocoque. Le pus de l'abcès ne contenait que du streptocoque à l'état de pureté.

L'arsénobenzol employé localement en solution et même en poudre aurait permis à MM. Achard et Flandin (1) de guérir une angine de Vincent, jusqu'alors rebelle à l'eau oxygénée et au bleu de méthylène.

Ce que l'on sait actuellement du rôle de l'association fuso-spirillaire dans la stomatite mercurielle; légitime cet essai. Il serait indiqué dans un cas spécialement grave. Ce moyen semble en outre peu dangereux pour le malade.

Enfin les ferments lactiques ont été vivement préconisés (2) ces derniers temps dans le traitement de la

(1) Ch. ACHARD et Ch. FLANDIN. Angine de Vincent traitée par l'arsénobenzol. Soc. méd. hôp. Paris, 1911.

(2) L. FREY et de NÉVREZÉ. Contribution à l'étude des ferments et en particulier des ferments lactiques en thérapeutique buccale. *Odontologie*, décembre 1909.

stomatite. Il suffit de se rappeler que l'acide lactique est un des produits de fermentation les plus nuisibles de la cavité buccale, qu'il est à l'origine de la plupart des caries ; aussi ne faut-il pas s'étonner que l'on ait signalé une fréquence toute spéciale de ces lésions dentaires à la suite de la médication lactique (1).

Elle est donc complètement à rejeter.

Un nouveau médicament a été ces dernières années fortement préconisé dans le traitement des stomatites : c'est le bleu de méthylène (2). L'application en est très simple : au moyen d'un petit tampon on poudre les régions malades. Cette application est suivie d'un lavage de bouche à l'eau bouillie. Le bleu de méthylène employé doit être très pur. Cette médication a donné de bons résultats à ceux qui l'ont employée. Elle a contre elle le pouvoir colorant du bleu sur les muqueuses, la peau, le linge, son pouvoir antiseptique faible, enfin sa toxicité.

Elle se recommande, au contraire, de son pouvoir analgésiant.

Le traitement des stomatites se résumera donc dans :

1° La suppression du mercure, sauf dans les formes sévères où les sels solubles seront continués.

2° L'emploi de l'eau oxygénée, suffisamment diluée pour n'être pas douloureuse, et alcalinisée par le borate de soude.

(1) VANEL. Caries secondaires à la modification lactique. *Odontologie*, février 1910.

(2) CHAUFFARD et GIREDEY. Traitement des stomatites par le bleu de méthylène. Soc. méd. hôp. Paris, 1906.

HÉBERT et LAMOUREUX. Le bleu de méthylène dans la stomatite mercurielle. *Le Scalpel*, août 1907.

CONCLUSIONS

I. La fréquence des accidents buccaux de la syphilis est fortement diminuée par une hygiène — c'est-à-dire un ensemble de soins — rigoureusement observée.

II. Les lésions banales de la bouche — caries, aspérités dentaires, pyorrhée — doivent être traitées avec soin, car elles prédisposent aux lésions syphilitiques et aux accidents du traitement.

III. Le traitement général reste la meilleure prophylaxie comme la meilleure thérapeutique des lésions syphilitiques, mais l'évolution de ces lésions est beaucoup améliorée par un traitement local approprié.

IV. Le traitement général mercuriel ne doit jamais être institué sans une mise en état soignée de la bouche.

VU :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU :
Le Président de la Thèse,
J. NICOLAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 8 juillet 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université
P. JOUBIN.

